



**RETINA MACULA
SPECIALISTS OF MIAMI**

retinamaculamiami.com

**Marco A. Gonzalez, MD
Wilfredo C. Lara, MD
J. Harris Levy, MD, FACS
Gary Shienbaum, MD
Rashid M. Taher, MD**

Diplomates, American Board of Ophthalmology

Patient Information

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____
 Social Security #: _____ Birth Date: _____ Sex: Male Female
 Street Address: _____ City: _____ Zip Code: _____
 Home Phone #: _____ Cell Phone #: _____
 E-Mail Address: _____

Pharmacy Information

Pharmacy Name: _____ Phone Number: _____ Fax: _____
 Address: _____

Employer / School Information

Employment Status: Employed Retired Disabled Self Employed Unemployed Part Time Student Full Time Student

If you answered that you are a full time student please provide us with a letter from the school you are attending stating that you are a full time student.

Employer Name: _____ Employer Phone #: _____
 Employer Street Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Insurance Information

Is the patient covered by insurance? Yes No

Primary Insurance Company: _____ Policy #: _____

Main Subscriber's Last Name: _____ First Name: _____ Date of Birth: _____

Is the patient covered by a secondary insurance? Yes No

Secondary Insurance Company: _____ Policy #: _____

Is this condition related to an accident? (motor vehicle or other) Yes No

Name of insurance: _____

Claim #: _____ Date of Accident: _____

Adjusters Name: _____ Phone #: _____

Emergency Contact

Please provide us with emergency contact information other than your home information.

Name: _____ Relationship to patient: _____ Sex: Male Female

Phone #: _____ Cell Phone #: _____ Work Phone #: _____

Name: _____ Relationship to patient: _____ Sex: Male Female

Phone #: _____ Cell Phone #: _____ Work Phone #: _____

Patient Signature:

North Office
184 NE 168th Street
North Miami Beach, FL 33162
(305) 655-0411

LeJeune Road Office
351 NW 42nd Avenue, Suite 501
Miami, FL 33126
(305) 643-8871

South Office
6705 Red Road, Suite 514
Coral Gables, FL 33143
(305) 666-8850

Date:

Información del paciente

Apellido:			Nombre:			Inicial:		
No. de Seguro Social:			Fecha de nacimiento :			Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>		
Dirección:			Ciudad:			Código Postal:		
No. de teléfono			No. teléfono móvil #:					
Dirección de correo electrónico:								

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia:			Numero de teléfono :			Fax:		
Dirección:								

Información de Empleador / Escuela

Estado de empleo: Empleado Retirado Deshabilitado Self Employed Desempleado Estudiante tiempo completo
 Estudiante a tiempo medio

Si ha respondido que eres un estudiante de tiempo completo, facilítenos una carta de la escuela donde indique que eres un estudiante de tiempo completo

Nombre de empleador:			No. de teléfono:					
Dirección de empleador:			Ciudad:			Código Postal:		

Información de seguro

El paciente está cubierto por el seguro? Si No

Nombre de la compañía de seguro:			No. de póliza:					
Apellido del principal suscriptor:			Nombre:			Fecha de Nacimiento:		

El paciente está cubierto por un seguro secundario? Si No

Nombre de la compañía de seguro:			No. de póliza:					
----------------------------------	--	--	----------------	--	--	--	--	--

Es esta condicion relacionada con un accidente? (vehiculo de motor u otra) Si No

Nombre de seguro:								
Claim #:			Fecha de accidente:					
Nombre de adjuster:			Telefono:					

Contacto de emergencia

Facilítenos información de contacto de emergencia distinta de la información de su hogar

Nombre:			Relación con el paciente:			Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
No. de Teléfono :			Teléfono móvil :			No. del trabajo:		
Nombre:			Relación con el paciente:			Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
No. de Teléfono :			Teléfono móvil :			No. del trabajo:		

Firma del paciente:			Fecha:					
---------------------	--	--	--------	--	--	--	--	--

Patient History

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____

Referring Physician: _____ Phone #: _____ Fax #: _____

Primary Care Doctor: _____ Phone #: _____ Fax #: _____

Do you currently have any of the following problems?

High Blood Pressure	Yes	No	HIV	Yes	No
Diabetes	Yes	No	Fever/ Weight Loss	Yes	No
Asthma/ Shortness of Breath	Yes	No	Cancer	Yes	No
Heart Disease/ Attack	Yes	No	Kidney Disease	Yes	No
Stroke	Yes	No	High Cholesterol	Yes	No
Stomach Problems	Yes	No	Liver Disease	Yes	No
Arthritis	Yes	No	Blood Transfusion	Yes	No

Please list any surgeries you have had.

Please list any medications you are currently using.

Do you have any allergies to medications? Yes No

If you answered yes, please list which ones.

Is there any family history of: Glaucoma Yes / No Retinal Disease Yes / No Blindness Yes / No

Have you ever smoked? Yes No Packs per day _____ Reviewed by: _____

Authorization to Pay/For Medicare, Lifetime Authorization

I authorize any holder of medical or other information about me to release to my insurance company, and, for Medicare/Blue Cross/Blue Shield to the Social Security Administration and Health Care Financing Administration or its intermediaries or carriers or to the billing agent of Blue Cross/Blue Shield of Florida, any information needed for this or a related insurance or claim. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. I further authorize payment of medical and/or surgical insurance benefits, otherwise payable to me, to the party who accepts assignment. I understand that I am financially responsible for charges not paid by my insurance.

Patient Signature _____ Date _____ Other Signature/Reason, if patient is unable to sign _____ Date _____

Historial del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre de oftalmólogo: _____ No. de teléfono: _____ No. de fax: _____

Nombre de medico primario: _____ No. de teléfono: _____ No. de Fax: _____

Actualmente tiene cualquiera de los siguientes problemas?

Presion arterial alta	Si	No	VIH	Si	No
Diabetes	Si	No	Fiebre / Perdida de Peso	Si	No
Asma / Falta de aliento	Si	No	Cancer	Si	No
Enfermedades del corazon / ataque	Si	No	Enfermedad de riñon	Si	No
Paralisis	Si	No	Colesterol alto	Si	No
Problemas estomacales	Si	No	Enfermedad hepatica	Si	No
Artritis	Si	No	Transfusion de sangre	Si	No

Por favor cualquier cirugias que ha tenido

Por favor incluya cualquier medicamento que esta utilizando actualmente

Tienes cualquier alergia a los medicamentos? Si No

Si respondio si, indique cuales.

Hay alguna historia familiar de?: Glaucoma Si / No Problemas retinales Si / No Ceguera Si / No

Ha fumado alguna vez? Si No Paquetes por dia _____ Revisado por: _____

Autorization de pago / For Medicare, autorization de por vida

Por la presente autorizo pago directamente a Retina Associates of Miami de beneficios que me correspondan de mi compañía de seguro y que de otra forma fuesen pagados a mi. Ademas autorizo que cualquier informacion medica que mi compañía de seguro requiera le sea provista. Una copia de esta autorizacion puede ser utilizada en lugar del original. Autorizo a quien tenga informacion medica u otra informacion acerca de mi que le proporcione a la oficina de Administracion de Seguro Social y a la oficina de Administracion de Finanzas de Cuidado de Salud o a sus intermediarios o agentes cualquier informacion necesaria para esta u otra reclamacion de Medicare. Solicito pago de beneficios de seguro medico directamente a mi o a la persona que acepte asignacion. Entiendo que soy responsable financierament por los cargos no pagados por mi seguro.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Otra firma/Razon, si el paciente es incapaz de firmar _____ Fecha _____

DILATING EYE DROPS CONSENT

Dilating drops are used to dilate or enlarge the pupils of the eye to allow the ophthalmologist to get a better view of the inside of your eye.

Dilating drops frequently blur vision for a length of time which varies from person to person and may make bright lights bothersome. It is not possible for your ophthalmologist to predict how much your vision will be affected. Because driving may be difficult immediately after an examination, it's best if you make arrangements not to drive yourself.

Adverse reaction, such as acute angle-closure glaucoma, may be triggered from the dilating drops. This is extremely rare and treatable with immediate medical attention.

I hereby authorize Jay H. Levy, M.D. / Gary Shienbaum M.D. / Rashid M. Taher, M.D. and/or such assistants as may be designated by him/her to administer dilating eye drops. The eye drops are necessary to diagnose my condition.

Patient (or person authorized to sign for patient)

Date

Witness

CONSENTIMIENTO PARA GOTAS QUE DILATAN

Estas gotas son utilizadas para dilatar o ampliar a la pupila del ojo para permitir al oftalmólogo conseguir una mejor vista del dentro del ojo.

Las gotas de dilatación frecuentemente causan que la visión este borrosa por un plazo de tiempo que varía de persona a persona y puede hacer que la claridad y luces brillantes molesten. No es posible para su oftalmólogo predecir cuánta su visión será afectada. Conducir puede ser difícil inmediatamente después de un examen, por lo cual es mejor si usted hace los arreglos para que alguien lo traiga.

La reacción adversa, como glaucoma agudo de ángulo-cierre, puede ser provocado por las gotas que dilatan. Esto es muy raro y tratable con la atención médica inmediata.

Yo por la presente autorizo Jay H. M.D. / Gary Shienbaum M.D. / Rashid M. Taher, M.D. y/o tales ayudantes como puede ser designado por él/ella a administrar gotas para los ojos que dilatan. Las gotas para los ojos son necesarias para diagnosticar mi condición.

Paciente (o persona autorizada a firmar por el paciente)

Fecha

Testigo

Fecha

Signature on File, Assignment of Benefits, Financial Agreement

Patient's Name (print)

1. **MEDICARE:** I request that payment of authorized Medicare benefits be made on my behalf to **Retina Macula Specialists of Miami** for services furnished me by **Retina Macula Specialists of Miami**. I authorize any holder of medical information about me to release to the Centers for Medicare and Medicaid Services and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services. I understand my signature requests that payment be made and authorizes release of medical information necessary to pay the claim. If other health insurance is indicated in Item 9 of the CMS-1500 form or elsewhere on other approved claim forms, my signature authorizes releasing the information to the insurer or agency shown. **Retina Macula Specialists of Miami** accepts the charge determination of the Medicare carrier as the full charge, and I am responsible only for the deductible, coinsurance and noncovered services. Coinsurance and deductible are based upon the charge determination of the Medicare Carrier.

2. **MEDIGAP:** I understand that if a MediGap policy or other health insurance is indicated in Item 9 of the CMS1500 form or elsewhere on other approved claim forms, my signature authorizes release of the information to the insurer or agency shown. I request that payment of authorized secondary insurance benefits be made on my behalf to **Retina Macula Specialists of Miami**, if possible or otherwise to me.

3. **RELEASE OF INFORMATION:** **Retina Macula Specialists of Miami** may disclose all or any part of my medical record and/or financial ledger, including information regarding alcohol or drug abuse, psychiatric illness, communicable disease, or HIV, to any person or corporation (1) which is or may be liable or under contract to **Retina Macula Specialists of Miami** for reimbursement for services rendered, and (2) any health care provider for continued patient care. **Retina Macula Specialists of Miami** may also disclose on an anonymous basis any information concerning my case, which is necessary or appropriate for the advancement of medical science, medical education, medical research, for the collection of statistical data or pursuant to State or Federal law, statute or regulation. A copy of this authorization may be used in place of the original.

4. **OTHER INSURANCE:** I understand that **Retina Macula Specialists of Miami** maintains a list of health care service plans with which it contracts. A list of such plans is available from the business office and that **Retina Macula Specialists of Miami** has no contract, expressed or implied, with any plan that does not appear on the list. The undersigned agrees that I am individually obligated to pay the full charges of all services rendered to me by **Retina Macula Specialists of Miami** if I belong to a plan that does not appear on the above mentioned list.

5. **NON-COVERED SERVICES:** I understand that **Retina Macula Specialists of Miami**'s contracts with health care service plans (i.e., HMOs, PPOs) relate only to items and services which are covered by the health care service plans. Accordingly, the undersigned accepts full financial responsibility for all items or services, which are determined by the health care service plans not to be covered. Examples of non-covered services include, but are not limited to, services not specified as being covered in the patient's contract with a health care service plan or in the benefit summary the health care service plan furnishes to the patient and treatment or tests not authorized by the health care service plan. The undersigned agrees to cooperate with **Retina Macula Specialists of Miami** to obtain necessary health care service plan authorizations.

6. **FINANCIAL AGREEMENT:** I agree that in return for the services provided to the patient by **Retina Macula Specialists of Miami**, I will pay my account at the time service is rendered or will make financial arrangements satisfactory to **Retina Macula Specialists of Miami** for payment. If an account is sent to an attorney for collection, I agree to pay collection expenses and reasonable attorney's fees as established by the court and not by a jury in any court action. I understand and agree that if my account is delinquent, I may be charged interest at the legal rate. Any benefits of any type under any policy of insurance insuring the patient, or any other party liable to the patient, is hereby assigned to **Retina Macula Specialists of Miami**. If copayments and/or deductibles are designated by my insurance company or health plan, I agree to pay them to **Retina Macula Specialists of Miami**. However, it is understood that the undersigned and/or the patient are primarily responsible for the payment of my bill.

Patient Signature or Authorized Party

Date

Firmar sobre la línea, Cesión de Beneficios, Acuerdo de Financiamiento

Nombre del paciente (*impreso*) _____

1. **MEDICARE:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se realicen a favor de **Retina Macula Specialists of Miami** por los servicios que me suministrara **Retina Macula Specialists of Miami**. Autorizo a la persona a cargo de mi información médica a transmitir dicha información a los centros de servicios Medicare y Medicaid y a su personal con el objeto de determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por servicios vinculados. Entiendo que mi firma solicita el cumplimiento del pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para abonar el reclamo. Si se indica otra aseguradora de salud en el punto 9 del formulario CMS-1500 o en otro formulario de reclamo aprobado, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia. **Retina Macula Specialists of Miami** acepta el monto que determine la entidad de Medicare como el pago completo y queda a mi cargo el pago de aquellos servicios no cubiertos, coasegurados y deducibles. Los servicios deducibles y coasegurados se basan en la determinación del monto de la entidad de Medicare.

2. **MEDIGAP:** Entiendo que si se indica la póliza de MediGap u otra aseguradora de salud en el punto 9 del formulario CMS1500 o en otros formularios de reclamo aprobado, mi firma autoriza la divulgación de información a la aseguradora o agencia. Solicito que dentro de lo posible se realice el pago de los beneficios autorizados y asegurados de manera secundaria a favor de **Retina Macula Specialists of Miami**; de lo contrario lo solicito a mi favor.

3. **DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** **Retina Macula Specialists of Miami** podrá revelar toda o parte de mi historia médica y/o información financiera, incluyendo información relacionada con el abuso de drogas o alcohol, enfermedad psiquiátrica, enfermedad contagiosa o VIH a cualquier persona o compañía (1) que sea o pueda ser responsable o que sea contratada por **Retina Macula Specialists of Miami** para el reembolso de los servicios prestados, y a (2) cualquier profesional de la salud para el cuidado continuado del paciente. Asimismo, **Retina Macula Specialists of Miami** podrá revelar, manteniendo el anonimato, cualquier información vinculada a mi caso particular que resulte necesaria o adecuada para el avance de la ciencia médica, educación médica, investigación médica, recolección de datos estadísticos o que sea conforme a las regulaciones, estatutos o leyes estatales o federales. Se podrá utilizar copia de la presente autorización en reemplazo del original.

4. **OTRO SEGURO:** Entiendo que **Retina Macula Specialists of Miami** posee una lista de planes de servicios de atención médica que utiliza en la contratación. Se facilitará una lista de estos planes en la oficina comercial. Asimismo, entiendo que **Retina Macula Specialists of Miami** no ha contratado, de manera expresa o implícita, otro plan de servicios fuera de la lista. El suscripto acepta estar obligado de forma individual a pagar el cargo total de los servicios prestados a su favor por **Retina Macula Specialists of Miami** en caso de pertenecer a un plan que no surja de la lista mencionada *ut supra*.

5. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Entiendo que la contratación de los planes de servicios de atención médica (es decir, HMOs, PPOs) de **Retina Macula Specialists of Miami** se vincula solamente a los elementos y servicios cubiertos por el plan de servicios correspondiente. En consecuencia, el suscripto acepta el pago total de aquellos elementos y servicios no cubiertos por el plan de servicios de atención médica en cuestión. Los ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, pero no se limitan a los servicios no especificados como cubiertos en la contratación del plan de servicios de atención médica del paciente, el detalle de los beneficios del plan de servicios de atención médica y los tratamientos o exámenes no autorizados por el plan de servicios en cuestión. El suscripto acepta colaborar con **Retina Macula Specialists of Miami** para obtener las autorizaciones necesarias del plan de servicios de atención médica.

6. **ACUERDO DE FINANCIAMIENTO:** Acepto que como devolución por los servicios prestados al paciente por **Retina Macula Specialists of Miami**, me comprometo a pagar mi cuenta al momento que se brinda el servicio o me suscribiré a un acuerdo de financiamiento aceptado por **Retina Macula Specialists of Miami** para cumplimentar el pago. Si se entrega una cuenta a un abogado para su cobranza, acepto hacerme cargo del pago de los gastos por cobranza y los honorarios de un abogado regulados por el tribunal y no por el jurado a partir de una acción judicial. Entiendo y acepto que si mi cuenta es ilegal, pueden recargarme intereses al valor de la tasa legal. Por el presente se le asigna a **Retina Macula Specialists of Miami** cualquier tipo de beneficio de cualquier póliza o aseguradora que asegure al paciente o de cualquier otro tercero que tenga responsabilidad con el paciente. Si mi compañía de seguros o plan de salud establece copagos y/o deducciones, acepto hacerme cargo del pago de dichos rubros a favor de **Retina Macula Specialists of Miami**. No obstante, se entiende que el suscripto y/o el paciente son los principales responsables del pago de la factura.

Firma del paciente o de la persona autorizada

Fecha

**PATIENT CONSENT FOR THE USE AND
DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION, FOR TREATMENT, PAYMENT, OR HEALTH CARE OPERATIONS**

I _____ understand by signing this form, you will consent to our use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment activities, health care operations and that we may speak to whomever's phone # you list for us to call, unless otherwise specified.

Messages or Appointment Reminder:

1. May we leave a message at your home using the doctor's/practice name? Yes () No ()
2. May we leave a message at your work using the doctor's/practice name? Yes () No ()
3. May we leave a message at your emergency # using the doctor's/practice name? Yes () No ()

If none of the above are chosen we will assume the answer is yes.

Messages will be a non-sensitive nature, such as, appointment reminders.

Notice of Privacy Practices. You have the right to read our Notice of Privacy Practices before you decide healthcare operations, of the uses and disclosures we may make of your protected health information, and of other important matters about your protected health information. A copy of our Notice accompanies this consent. We encourage you to read it carefully and completely before signing this consent. We reserve the right to change our privacy practices as described in our notice of privacy practices. If we change our privacy practices, we will issue a revised notice of privacy practices which will contain the changes. Those changes may apply to any of our protected health information that we maintain. You may obtain a copy of our notice of privacy practices, including any revisions of our notice, at any time by contacting:

Contact person: Claudia Pagan Tel: 305-655-0411 Fax: 305-655-0499

Address: 184 NE 168th Street, NMB, FL 33162

Right to revoke. You will have the right to revoke this consent at any time by giving us written notice of your revocation submitted to the contact person listed above. Please understand that revocation of this consent will not affect any action we took in reliance on this consent before we received your revocation, and that we may decline opportunity to read and understand that, by signing protected health informati

Signature _____

Patient/C

Print Guardians Name: _

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y EL ACCESO DE SU INFORMACION DE LA SALUD

Yo _____ entiendo que al firmar este documento, usted nos consentirá el uso y acceso de su información protegida de la salud de realizar el tratamiento, actividades de pago, operaciones del cuidado de su salud y que podamos hablar con todo aquella persona que usted nos provea con su teléfono, al no ser que usted especifique lo contrario.

Mensajes o Recordatorios de Citas:

1. Podemos dejar un mensaje en su casa usando el nombre del doctor/consulta? Si () No ()
2. Podemos dejar un mensaje en su trabajo usando el nombre del doctor/consulta? Si () No ()
3. Podemos dejar un mensaje en su # de emergencia usando el nombre del doctor/consulta? Si () No ()
Si ninguno es escogido asumiremos que la respuesta es Si

Aviso de las prácticas de la confidencialidad. Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de las prácticas de la confidencialidad antes de que usted decida si firmar este consentimiento que nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones del cuidado de la salud. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le animamos que lea cuidadosamente y totalmente antes de firmar este consentimiento.

Reservamos el derecho de cambiar nuestra privacidad de la confidencialidad según lo descrito en nuestro aviso de la privacidad de la confidencialidad. Si cambiamos nuestra privacidad de la confidencialidad, publicaremos un aviso revisado que contendrán los cambios. Dichos cambios pueden aplicarse a cualquiera de nuestra información protegida de la salud que mantengamos. Usted puede obtener una copia de nuestra privacidad de la confidencialidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso, en cualquier momento entrando en contacto con:

Persona de contacto: Claudia Pagan Tel: 305-655-0411 Fax: 305-655-0499

Dirección 184 NE 168th Street. NMB, FL 33162

Derecho de revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos el aviso escrito de su revocación sometida a la persona de contacto enumerada arriba. Entienda por favor que la revocación de este consentimiento no afectara ninguna acción que tomaremos en confianza en este consentimiento antes que recibiéramos su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratamiento si usted revoca este consentimiento. Yo he tenido la oportunidad completa de leer y de considerar el contenido de esta forma de consentimiento y el aviso de las prácticas de la confidencialidad. Entiendo que firmando esta forma estoy dando mi consentimiento al uso y acceso de mi información protegida de la salud de realizar el tratamiento, las actividades del pago y las operaciones del cuidado de la salud.

Firma _____

Fecha: _____

Si no es el paciente, relación _____